

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO

Marque una de las siguientes casillas; DEBE indicar la acción que solicita.

- Esta es una NUEVA solicitud de depósito directo.
- Esto es un CAMBIO en el depósito directo de mis pagos por alimentación y subsidio a la cuenta que se indica debajo.
- Esto es para CANCELAR el método de pago de depósito directo y para la emisión de una tarjeta de débito.

Nombre _____

ID. de recurso _____

Teléfono particular _____ Teléfono laboral _____

Nombre del banco/sucursal _____

Número de teléfono de la sucursal _____

Tipo de cuenta:

- Cuenta corriente:** incluya un cheque en blanco **NULO** de la cuenta corriente de la que se realizará el depósito directo. No se aceptan cheques provisionales. Su nombre debe aparecer en la cuenta.
El nombre de su cuenta corriente DEBE coincidir con el nombre del cuidador principal o del padre o la madre asentado en el Departamento de Niños y Familias de New Jersey (DCF, por sus siglas en inglés).
- Cuenta de ahorros:** solicítele a su banco que incluya la cuenta correspondiente y el número de ruta en membrete del banco firmado por un representante del banco. Su nombre debe aparecer en la carta y en la cuenta. **El nombre de su cuenta de ahorros DEBE coincidir con el nombre del cuidador principal o del padre o la madre asentado en el DCF.**

Autorizo al Estado de New Jersey a depositar pagos por alimentación y subsidio a la cuenta que se mencionó anteriormente hasta nuevo aviso. Dicho aviso se realizará por escrito y le brindará al Estado de New Jersey un período razonable para procesar la cancelación. Si los fondos se depositan por error en mi cuenta, autorizo al Estado de New Jersey a deducir el monto equivocado de mi cuenta o de mis futuros pagos.

Su firma: _____ Fecha: _____

Escriba su nombre en letra de imprenta: _____

Una vez que los firme y los complete, envíe por correo este formulario de autorización y la documentación a la siguiente dirección:

**DCF Direct Deposit Enrollment
PO Box 55458
Trenton, NJ 08638**